



# 救急医療情報シート

写真を貼る欄

(注)情報は、いつも<最新のもの>にしておいてください。平成 年 月 日作成

■本人に関する**基本情報**を記入してください。

(ふりがな)		性別	血液型	生年 年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日 ( 歳)
氏名		男・女	型 (+・-)			
住所				要 介 護		(電話)

■**緊急時の連絡先**を記入してください。(家族、親族、ケアマネさん、地域包括センター職員さん、ご近所さん等)

	氏名	続柄	住所
①			(電話)
②			(電話)
③			(電話)

■現在、**治療中の病気**・受診している**医療機関等**について書いてください。

	病名	病院名・〇〇科・担当医師名・電話番号	現在の状況に○をつけます
①		(電話)	治療中・経過観察中
②		(電話)	治療中・経過観察中
③		(電話)	治療中・経過観察中

■**アレルギー**は、 なし ・ あり ( )

■現在、**服用中の薬**について、書いてください。(例: 高血圧 △△△△)

--

■**その他**(救急隊員や治療にあたる医師に知らせたいこと)を記入してください。

(例)認知症の有無、からだの不自由な部分、発作用の薬、これまでにした大きな病気、いつ、など

--

<http://kyoto119kitto.com>

■**本人の確認署名欄**

以上、わたしの医療情報等の内容に、間違いありません。  
できる範囲で、救急搬送や救急処置の参考にしていただくことに同意します。

名前 \_\_\_\_\_

Ⓜ

※ボールペンなどで濃く、はっきり書いて下さい。■この紙と一緒に**保険証や診察券のコピーも** なし ・ あり